

CHESS ONLINE

on Stakesin Terveystaloustieteen keskuksen
julkaisema tiedotuslehti.

CHESS ONLINE

3 • 2005



kuva: Heikki Pälviä

PÄÄKIRJOITUS

Markku Pekurinen
tutkimusprofessori
markku.pekurinen@stakes.fi

Parasta kansalle

■ Yksiselitteistä tutkimustietoa siitä, miten palvelut olisi parasta tulevaisuudessa järjestää, ei taida olla kenelläkään. Niinpä jokainen voi osallistua palvelurakenteista käytävään keskusteluun asiantuntijana ja olla melkein yhtä oikeassa tai väärässä kuin täysin eri mieltä olevat. Tutkimustiedollakin näyttää olevan relevanssia vain valikoidusti.

Monien tutkimusten mukaan kunnan koolla ei ole juurikaan vaikutusta kuntien menotasoon, silti kuntakoon suurentamista pidetään keskeisenä keinona parantaa toiminnan taloudellisuutta. Kansainväliset kokemukset terveydenhuollon tilaaja-tuottaja-malleista ovat kirjavia ja vähemmän lupaavia kuin kotimaisen keskustelun perusteella voisi luulla. Silti tilaajan ja tuottajan eriyttämisen nimeen vannotaan kunta- ja palvelurakennemuutostusta koskevassa keskustelussa ahkerasti.

Kävipä kuntien yhdistämisen kanssa niin tai näin palvelurakenteita on syytä uudistaa vastaamaan 2020-luvun väestön tarpeita. Sama koskee tilaaja-tuottaja-mallia, toteutettiinpa sitä pitkälle viedyn kilpailutuksen tai strategisen kumppanuuden periaatteella.

On itsestään selvää, että ikääntyvän väestön hoitamiseen tarvitaan nykyistä enemmän voimavaroja. Monet empiiriset kunta- ja aluetason laskelmat viittaavat kuitenkin vahvasti siihen, että jo nykyisillä voimavaroilla selvitään melko pitkälle tulevaisuuteen, jos palvelurakenteita ja toimintatapoja uudistetaan syvällisesti. Tavoiteltavia mittakaavaetuja ei saataveta pelkästään palvelujen järjestäjän tai tuottajan kokoa suurentamalla, erottamalla tilaaminen ja tuottaminen vaan vapauttamalla palvelujen järjestäminen ja tuottaminen perinteisistä sektori- ja kuntarajoista.

Kunta- ja palvelurakennemuutos ei tuo sinänsä lisää rahaa terveydenhuoltoon, mutta rakenteita radikaalisti uudistamalla voimavarojen lisäyksen tarve on pienempi kuin, jos jatketaan nyky mallilla.



kuva: Timo Seppälä

CHESS ONLINE 3 • 2005

1. **Parasta kansalle**
Markku Pekurinen
2. **Helsingin apulaiskaupunginjohtaja Paula Kokkonen: Mitä mitataan, sitä tuotetaan**
4. **Hammashoitouudistus ei lisännyt tasa-arvoa**
Lien Nguyen, Unto Häkkinen
5. **RUG-maksujärjestelmästä apua laitoshoidon sopimusohjaukseen**
Magnus Björkgren
6. **Tupakoinnin lopettaminen kannattaa aina myös taloudellisesti**
Kirsi Vitikainen, Markku Pekurinen
- Lihavuus paisuttaa terveysmenoja**
Markku Pekurinen
7. **Vanhusten laitoshoidon tuottavuutta ja hoidon laatua on arvioitava samanaikaisesti**
Juha Laine
8. **Kuhmoisten vuodeosastolle kunniakirja hyvistä hoitokäytännöistä**
Anja Noro
9. **Lonkkamurtuman hoitoketjun arviointi kehittyi**
Reijo Sund
10. **Mäntän sairaalalle palkinto hyvästä tuottavuudesta**
Maijaliisa Junnila
12. **Terveystaloustieteen päivä 3.2.2006**

teksti: Timo Hujanen
kuva: Pertti Nisonen

– Perusterveydenhuollon toimintojen ja kustannusten vertailu ontuu pahasti. Kunnollisia vertailutietoja ei ole. Asia olisi korjattava pikaisesti, toivoo Helsingin apulaiskaupunginjohtaja Paula Kokkonen.

Haastateltavana Helsingin apulaiskaupunginjohtaja Paula Kokkonen

Mitä mitataan, sitä tuotetaan

Helsingin terveyspalvelujen tuottamisen kalleutta selvittäneen ns. Kalleushankkeen arviointiraportissa todettiin, ettei perusterveydenhuollossa ole valtakunnallisia standardeja. Eri kaupunkien ja kuntien toimintatapoja ja tehokkuutta ei voida vertailla ilman standardoituja aineistoja. Tuotteet ovat erilaisia ja niitä on paljon. Hoitopolkuja ja mahdollisia hoitopaikkoja on enemmän kuin aikaisemmin.

– Koko terveydenhuollossa tulisi miettiä miten tuloksia aidosti ja oikeasti mitataan. Mitataanko hoitoaikoja ja tiettyjä vuodemääriä? Kuinka objektiivisia mittareita nämä ovat? Onko euro loppujen lopuksi ainoa objektiivinen mittari? Henkilökunta- ja käyntimäärien vertailu ei välttämättä kerro mitään tuloksista, arvioi Kokkonen.

Hän ihmettelee, miksi perusterveydenhuollon arviointiin tarvittavien tietojärjestelmien kehittäminen ei ole edennyt ja miksi siihen ei ole suunnattu voimavaroja. Tietojärjestelmät olisivat välttämättömiä taloudellisen arvioinnin kannalta.

– Jos jotain ei haluta tehdä, olisi se tehtävä näkyväksi ja sanottava miksi ei. Miksi vertailuja ei kannattaisi tehdä? Kun terveydenhuoltoon käytetään todella paljon rahaa, olisi tästä panostuksesta käytettävä joku siivu vaikutavuuden arviointiin. Mitä käytetyillä voimavaroilla on todella saatu aikaan? Monella muulla alueella panostetaan arviointiin ja tuotekehittelyyn huomattavasti terveydenhuoltoa enemmän.

Taloudellista arviointia tehtävä enemmän

– Tutkimuksen tulisi suuntautua entistä enemmän päättäjien tueksi käytännön vaihtoehtojen puntarointiin. Päätöksenteko pohjautuu usein mielipiteisiin. Kukin ammattiala lähtee omista varsin erilaisista näkökulmistaan. Kokkonen mukaan terveystaloustieteellä on lähtökohtaisesti hyvät edellytykset auttaa päätöksenteossa yhdistämällä terveydenhuollon ja talouden näkökulmat.

– Terveydenhuolto on ollut pitkään vahvojen professioiden kenttä, johon on ollut vaikea

tulla sivusta arvioimaan. Kun taloudellista arviointia on tehty maailmalla enemmän, on havaittu että se on ihan legitiimiä meilläkin. Medisiiniseen traditioon ei ole kuulunut että joku toinen tulee tälle alueelle. Eihän juridiikan tuominen potilaan oikeuksien muodossa ollut ihan helppoa.

Kokkonen korostaa, että Helsingissä halutaan arvioida terveydenhuoltoa mahdollisimman avoimesti. Sosiaali- ja terveydenhuollon osaajia on kaupungilla omasta takaa 20 000. Joukkoon mahtuu paljon oman alansa kovan luokan taitajia. Valitettavasti Helsingille tarjotaan monenlaisia tutkimuksia, joissa Helsingin osuutena olisi vain vastikkeetta rahoittaa niitä. Tutkimusta tulisi suunnata enemmän vaikuttavuuden arviointiin. Terveyden ja talouden yhdistäminen ei ole ollut perinteisesti kovin pop.

– Eri sektoreiden tuottamia terveys- ja kustannushyötyjä olisi pystyttävä vertailemaan keskenään samoin kuin sitä, ovatko tuotteet yhteismitallisia. Tämä on aselman suuri eettinen ongelma. Olisi pystyttävä häivyttämään





”Uusia hoitoja olisi arvioitava samalla tavalla ennen käyttöönottoa kuin lääkkeitäkin arvioidaan.”

vuodesta 2003 vuoteen 2004. Helsingin ikävaikoidut menot ovat asukasta kohden 120 euroa suuremmat kuin muissa suurissa kaupungeissa. Kustannukset ovat reaalisesti laskeneet jo kahtena perättäisenä vuonna.

Kokkosen mukaan vuoden 2004 talousraami oli tiukka ja siinä edellytettiin kustannustason nousu huomioiden viiden prosentin vähennystä. Terveyskeskuksen merkittävimmät säästöt toteutettiin ympärivuorokautisessa hoidossa, jonka osuus säästöistä oli yli kolmasosa. Se merkitsi noin 220 sairaansijan vähennystä.

– Säästöjä saatiin järjestämällä uudelleen hallinto- ja tukipalveluita, psykiatrian päivystystä, supistamalla päiväsairaaloimintaa, sopeuttamalla hammashuoltoa ja muita ulkopuolisia ostoja ja avustuksia sekä vähentämällä tiloja. Myönteistä kehitystä himmensi HUS:n menojen kasvu 3,9 prosentilla.

– Nyt Helsingin sairaaloiden koko kapasiteetti on saatava tehokkaasti käyttöön. HUS:n johtamisessa näkökulman tulisi suuntautua enemmän kokonaisuuteen. Tämä korostuu tulevaisuudessa suunniteltujen mittavien rakennushankkeiden myötä. Terveysasemaverkostuksen kehittämisessä on kysymys samasta asiasta. Terveysasemilla on tehokkuutta ja prosessien sujuvuutta kehittäviä hankkeita. Terveyskeskuksella ja HUS:lla on yhteisiä hankkeita, joissa kehitetään päivystystä, monisairaiden vanhusten hoitoa, psykiatriaa ja eräitä tukipalveluja.

Kalleuden vastineeksi korkeatasoista hoitoa

– HYKSissä on monessa asiassa Suomen paras asiantuntemus ja uudet hoitomuodot tulevat usein ensimmäisenä käyttöön siellä, joten on selvää, että tämä nostaa kustannuksia. Potilashahinkoja on HYKSissä vähän ja sijoitukset

ovat kansainvälisissä vertailuissa erittäin hyviä. Ensihoito on kansainvälisesti mitaten korkealaatuista, ja onnettomuuden sattuessa helsinkiläinen on keskimäärin hyvässä asemassa muualla asuviin verrattuna.

– Perusterveydenhuollon palvelutarjonta on runsaampi kuin se on keskimäärin muualla maassa. Meillä on palveluja, joita ei ole muualla, kuten HIV-positiivisten huumeiden käyttäjien palvelukeskus ja muuta maata monipuolisemmat kuntoutuspalvelut kaupungin omassa kuntoutusyksikössä.

– Helsinki on osittain maksumiehenä HYKSin koko maata koskevien erityisvelvoitteiden, kuten opetuksen ja tutkimuksen sekä laajan päivystyksen erityisvalmiuden ylläpidon osalta. Kaikki osapuolet tunnustavat päivystyksen kustannukset korkeiksi. Niihin on puututtava.

Etiikan ja terveen järjen näkökulma

– Suurimpana riskinä terveydenhuoltomme ja suomalaisten terveyden suhteen on luulo, että kaikki ongelmat olisivat ratkaistavissa lääketieteellisin keinoin tai että kaikki ongelmat olisivat lääketieteellisiä. Jatkossa yksilön oma vastuu tulee korostumaan, mutta riskinä on, että heikoimmat jäävät jalkoihin. Erityisesti on huolehdittava syrjäytymisuhan alla olevista, vanhuksista ja mielenterveysongelmaisista.

Kokkonen on Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan ETENE:n puheenjohtaja. ETENE korostaa julkilausmassaan, että arkielämän medikalisaation purkaminen on välttämätöntä. Se edellyttää ihmisiltä lisääntyvää vastuunottoa omasta terveydestään. Medikalisaation purkaminen vapauttaa voimavaroja sellaisten ongelmien ja ihmisten hoitamiseen, jotka vaativat erityistä osaamista ja yhteiskunnan voimavaroja. ■

epäilykset siitä, että vahvojen erikoisalojen edustajat vain jyräävät heikommat.

– Perinteisiä hoitoja kuten kohdunpoistoja ja polvileikkauksia olisi arvioitava EU-tasolla. Uusia hoitoja olisi arvioitava samalla tavalla ennen käyttöönottoa kuin lääkkeitäkin arvioidaan. Nyt ne vain tulla tupsahtavat, vaikka niitä ei aina edes olisi päätetty ottaa käyttöön. Myös vanhoja hoitoja tulisi arvioida.

Tehokkuuden lisäys on avainkysymys

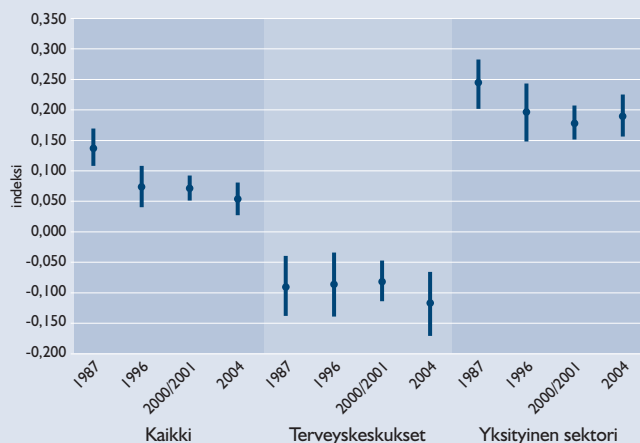
– Kalleus-hankkeen arviointiraportissa todettiin mielestäni oikeutetusti, että terveydenhuollon tuotannollisen tehokkuuden lisäys ja käytäntöjen tehostaminen on tulevaisuuden avainkysymys eikä palvelutarpeita voi hoitaa rahaa lisäämällä. Samalla rahalla on tarjottava parempaa ja enemmän.

Helsinki on saamassa kustannuksiaan aisoihin, vaikka ne maassa kasvavat alati voimakkaasti. Vaikka Helsinki on edelleen kallein, se on kirinyt eroa maan suurten kaupunkien asukaskohtaiseen keskiarvoon 62 euroa

Lien Nguyen, tutkija, CHES
Unto Häkkinen, tutkimusprofessori, CHES

Hammashoitouudistus ei lisännyt tasa-arvoa

Vuonna 2002 toteutettu hammashoitouudistus näyttäisi vähentäneen tuloihin liittyvää eriarvoisuutta varsin vähän. Vaikka kokonaiskäytön eriarvoisuuden indeksi on vuonna 2004 hieman pienentynyt, ei muutos ole tilastollisesti merkitsevä. Vuonna 2004 hammaslääkäripalvelujen käyttö painottui terveyskeskuksissa edelleen pienituloisiin ja yksityisellä sektorilla suurituloisiin.



Hammaslääkärikäyntien horisontaalisen oikeudenmukaisuuden indeksit ja niiden 95 % luottamusvälit sektoreittain vuosina 1987, 1996, 2000/2001 ja 2004.

Palvelujen käytön tuloihin liittyvää eriarvoisuutta on mitattu horisontaalisen oikeudenmukaisuuden indeksillä, jossa palvelujen käyttö suhteutetaan sairastavuuden ja ikä- ja sukupuolirakenteen perusteella. Indeksi vaihtelee -1 ja +1 välillä. Jos indeksi on positiivinen (negatiivinen), eriarvoisuus suosii suurituloisia (pienituloisia). Positiivinen indeksi on sitä suurempi, mitä enemmän suurituloiset käyttävät palveluja suhteessa tarpeeseen kuin pienituloiset, ja negatiivinen indeksi on sitä pienempi, mitä enemmän vastaavasti pienituloiset käyttävät palveluja. Indeksien nolla-arvo kuvaa tasa-arvoa palvelujen käytön suhteen.

Jo puolen vuosisadan ajan väestölle on tarjottu julkisin varoin tuettuja, pääasiassa terveyskeskuksien tuottamia suun terveydenhuollon palveluja. Vuodesta 1986 lähtien ryhdyttiin subventoimaan alle 26-vuotiaiden yksityisen sektorin hammaslääkäripalvelujen käyttöä. Kunnalliset hammashoitopalvelut koskivat vuoteen 2000 asti suurimmassa osassa maata alle 45-vuotiaita. Viimeisin vuoden 2002 joulukuussa toteutettu uudistus poisti kaikki ikärajoitukset kunnallisesta hammashoidosta. Samalla yksityisen hammashoidon sairausvakuutuskorvaukset laajenivat koskemaan koko väestöä. Uudistusten eräänä keskeisenä tavoitteena on ollut väestöryhmien välisen tasa-arvon lisääminen suun terveydenhuollossa.

Stakesin vuonna 2004 toteuttaman väestötutkimuksen perusteella on mahdollista ensi kertaa arvioida vuoden 2002 hammashoitouudistuksen vaikutuksia. Seuraavassa tarkastellaan hammaslääkäripalvelujen käytön muutoksia tuloluokittain ajanjaksona 1987–2004 vertaamalla nyt saatuja tuloksia aikaisemmin samoin periaattein toteutettujen väestötutkimusten tuloksiin vuosilta 1987, 1996 ja 2000.

Suurin muutos jo 1990-luvun alkupuolella

Kun vuonna 1987 yksityisellä sektorilla hammaslääkärikäyntejä oli 2,2 kertaa enemmän kuin terveyskeskuksissa, vastaavat luvut vuosina 1996–2004 olivat 1,4–1,5. Vuoden 2002 lopulla toteutetun hammashoitouudistuksen tuomat muutokset ilmenevät hammaslääkärikäyntien rakenteesta siten, että terveyskeskusikäyntien osuus on vuosien 1987–2004 välillä kasvanut 30 prosentista 40 prosenttiin ja yksityisen

sektorin osuus on laskenut 65 prosentista 55 prosenttiin. Suuri osa tästä muutoksesta tosin tapahtui jo 1990-luvun alkupuolella, jolloin terveyskeskuskäynnit lisääntyivät ja yksityisen sektorin käynnit vähenivät noin kymmenen prosenttia.

Hammaslääkärikäynneissä eriarvoisuuden ajalliset muutokset ovat vähäisiä. Hammaslääkärikäyntien kokonaismäärä ja yksityisen sektorin käynnit ovat viime vuosikymmeninä jakautuneet suurituloisia suosivasti ja terveyskeskuskäynnit pienituloisia suosivasti. Suurin väestöryhmien tasa-arvoisuutta edistänyt muutos palvelujen kokonaiskäytössä tapahtui jo 1990-luvun puoliväliin mennessä kun pienituloisille kohdentuneiden terveyskeskuskäyntien suhteellinen osuus kasvoi.

Uudistuksen vaikutus eriarvoisuuteen vähäistä

Viimeisin vuoden 2002 hammashoitouudistus näyttäisi vähentäneen tuloihin liittyvää eriarvoisuutta varsin vähän. Vaikka kokonaiskäytön eriarvoisuuden indeksi on vuonna 2004 hieman pienentynyt, ei muutos ole tilastollisesti merkitsevä. Vuonna 2004 terveyskeskushammaslääkäripalvelujen käyttö painottui edelleen pienituloisiin ja yksityishammaslääkäripalvelujen käyttö suurituloisiin.

OECD:n tutkimuksen mukaan tuloihin liittyvää eriarvoisuutta hammaslääkäripalvelujen käytössä oli vuonna 2000 havaittavissa lähes kaikissa kehittyneissä maissa, eikä Suomi tässä suhteessa juurikaan poikennut muista maista. Suomen vuoden 2002 hammashoitouudistus ei ole muuttanut tilannetta. Kuvatut hammaslääkäripalvelujen käytön sektorikohtaiset ja tuloluokittaiset rakenteet ovat ilmeisesti jääneet pysyviksi. ■

Suomessa ei ole vielä käytössä yhtenäistä järjestelmää vanhuspalvelujen hinnoittelussa ja tuotteistuksessa. Tämä heikentää kuntien mahdollisuuksia kontrolloida kustannuksia, kehittää sopimusohjausta ja tilaaja-tuottaja-malleja. Yhtenäisen maksujärjestelmän puute on hidastanut myös palveluyritysten syntymistä. Tutkimukset osoittavat, että laitoshoidon tarvitaan uusia työvälineitä, joiden avulla taloudelliset voimavarat voidaan kohdentaa nykyistä tehokkaammin ja oikeudenmukaisemmin (Björkgren 2005). RUG on tähän tarkoitukseen kehitetty asiakasrakenne- ja luokitus. Kansainvälisesti luokitusta käytetään maksujärjestelmissä Yhdysvalloissa, Kanadassa, Sveitsissä, Espanjassa, Islannissa ja Italiassa.

Hoidon vaatavuus näkyy kustannuspainoissa

RUG-luokitus kuvaa asiakasrakenne- ja hoidon tuotosta kliinisesti järkevällä tavalla. Hoidon vaikeus- ja kalleustaso ilmaistaan kustannuspainoilla. Mitä suurempi kerroin, sitä kalliimpaa

RUG

Resource Utilization Groups

Pitkäaikaishoidon asiakasrakenne- ja hoidon tuotosta kliinisesti järkevällä tavalla. Hoidon vaikeus- ja kalleustaso ilmaistaan kustannuspainoilla. Mitä suurempi kerroin, sitä kalliimpaa

RUG-maksujärjestelmästä apua laitoshoidon ohjaukseen

Vanhusten laitoshoidon kehitetään täysin uutta maksujärjestelmää, joka perustuu asiakasrakenne- ja luokitus.

Maksujärjestelmä tarjoaa kunnille uusia mahdollisuuksia tehostaa vanhustenhuollon sopimusohjausta.

on hoito. Vuoden 2006 aikana RUG-ryhmille lasketaan yhdenmukaiset hoitopäivähinnat, joita voidaan käyttää vanhuspalvelujen kuntalaskutuksessa. Kunnat voivat hyödyntää maksujärjestelmää hankkiessaan palveluja julkisilta ja yksityisiltä palveluntuottajilta. Hintaluokkia tulee olemaan noin 30. Hoitopäivän hinta kattaa hoidon kokonaiskustannukset, mutta rakentuu eri kustannuseristä, kuten välittömistä, hallinnollisista ja pääomakustannuksista. Välittömät hoitokustannukset vakioidaan asiakasrakenne- ja luokitus. Maksujärjestelmä ei vaikuta asiakasmaksuihin.

Tavoitteena on luoda kattava maksujärjestelmä, jota voidaan hyödyntää terveyskeskusten vuodeosastohoidossa, vanhainkotihoidossa ja palveluasumisessa. Hoitopäivähinnat pohjautuvat hoidon keskimääräisiin kustannuksiin ja maksujärjestelmässä otetaan huomioon alueiden väliset kalleuserot.

Mahdollistaa vanhustenhuollon kehittämisen

Kunnat voivat käyttää hintataulukkoa sellaisenaan tai tarkentaa sitä omilla päätöksillään, vaihtoehtoisesti myös tarjouskilpailujen

kautta. Vanhuspalvelujen sopimusohjaukseen voidaan kytkeä myös hoidon laadun ja tuloksellisuuden seuranta, eli se mitä ennalta sovitulla hinnalla tuotetaan. RUG on osa laajempaa vanhustenhuollon arviointijärjestelmää (RAI), joka mahdollistaa hoidon laadun ja tuloksellisuuden monipuolisen seurannan. Halutessaan kunnat voisivat soveltaa maksujärjestelmää myös palvelusetelinä.

Kunta- ja palvelurakennemuutoksen näkökulmasta yhtenäinen palvelujen hinnoittelu tarjoaa täysin uusia mahdollisuuksia kehittää vanhustenhuoltoa. Edellytykset uuden maksujärjestelmän kehittämiseksi ovat hyvät. Suomessa RUG-luokitusta käytetään tällä hetkellä jo monissa kunnissa asiakasrakenne- ja

tuottavuuden mittaamisessa ja se kattaa noin 20 prosenttia pitkäaikaisesta laitoshoidosta. Kotihoitoon on kehitteillä vastaava luokitus. Maksujärjestelmähankkeen tavoitteena on käynnistää laaja kokeiluhanke, jossa uutta vanhustenhuollon maksujärjestelmää ja sopimusohjausmallia sovelletaan käytännössä. Terveystieteiden keskus CHES on aktiivisesti mukana kehittämässä maksujärjestelmää. Vuoden 2006 aikana kerätään kattava kustannusaineisto RUG-hintojen laske- mista varten. ■

Lähde: Björkgren M. Hoidon tuotteistus ja hinnoittelu – kansainvälisiä kokemuksia maksujärjestelmistä pitkäaikaishoidossa. Teoksessa Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus, Noro A, Finne-Soveri H, Björkgren M, Vähäkangas P (toim.), Stakes, Gummerus Kirjapaino Oy, Saarijärvi 2005.



kuva: Tapio Ruotsalainen

Magnus Björkgren,
FT, projektipäällikkö,
Chydenius-instituutti
– Kokkolan yliopistokeskus
magnus.bjorkgren@chydenius.fi
www.finrai.org

Kirsi Vitikainen, tutkija, CHESS

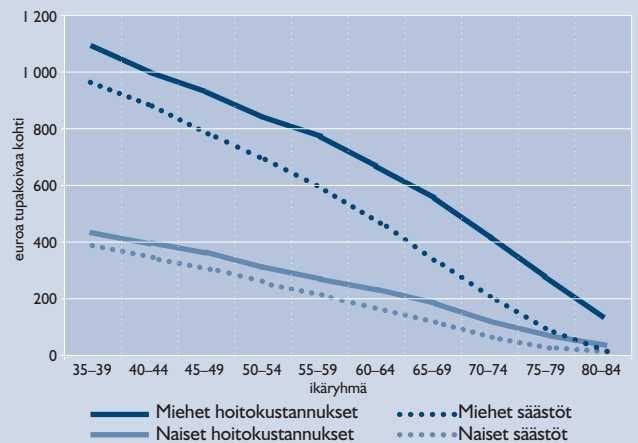
Markku Pekurinen, tutkimusprofessori, CHESS

Tupakoinnin lopettaminen kannattaa aina myös taloudellisesti

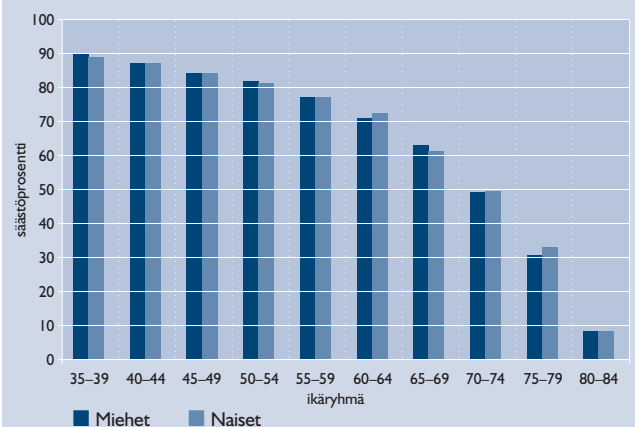
Tupakoinnista aiheutuu lähes 250 miljoonan euron odotetut hoitokustannukset yhteiskunnalle. Tupakoinnin lopettamisella on mahdollista säästää 85 prosenttia tupakkasairauksien hoitokustannuksista. Tieto perustuu CHESSin tutkimukseen, jossa arvioitiin tupakoinnista johtuvia eliniänikäisiä hoitokustannuksia ja tupakoinnin lopettamisella saavutettavia kustannussäästöjä.

Tupakointi lisää riskiä sairastua moniin sairauksiin kuten keuhkosyöpään, sydäninfarktiin ja keuhkohtaumatautiin. Näiden kolmen sairauden osalta tupakoinnista aiheutuu elinikäisiä odotettuja hoitokustannuksia miehillä noin 140–1 340 euroa ja naisilla 40–640 euroa tupakoivaa kohti ikäryhmästä ja aikaisemmasta tupakoinnin määrästä riippuen (kuvio 1). Näistä hoitokustannuksista voidaan tupakoinnin lopettamisella säästää 8–90 prosenttia (kuvio 2). Suurimmat säästöt syntyvät nuorimmissa ikäryhmissä.

Koko yhteiskunnan tasolla tupakoinnista aiheutuvat odotetut hoitokustannukset nousevat noin 246 miljoonaan euroon, josta miesten osuus on 205 miljoonaa euroa ja naisten osuus 41 miljoonaa euroa. Jos kaikki tupakoitsijat lopettaisivat tupakoinnin, voitaisiin näistä hoitokustannuksista säästää noin 210 miljoonaa euroa (miehillä 175 miljoonaa euroa ja naisilla 35 miljoonaa euroa) eli 85 prosenttia. ■



Kuvio 1. Tupakoinnista johtuvat odotetut eliniänikäiset hoitokustannukset ja tupakoinnin lopettamisesta syntyvät säästöt tupakoivaa kohti kohtalaisesti tupakoivilla.



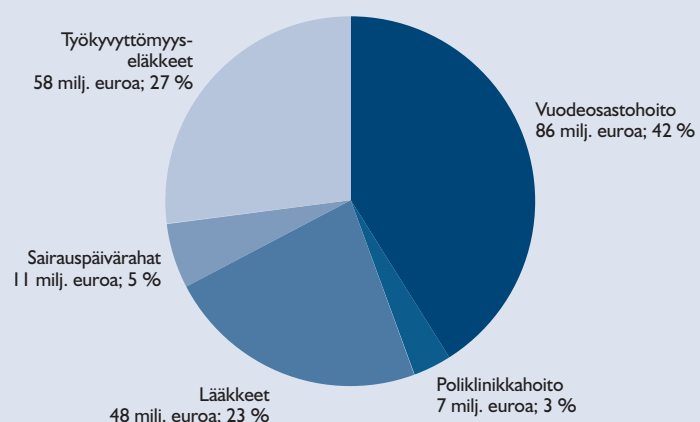
Kuvio 2. Säästö-kustannussuhteet kohtalaisesti tupakoivilla.

Markku Pekurinen, tutkimusprofessori, CHESS

Lihavuus paisuttaa terveystuloja

Lihavuudesta aiheutui vuonna 2004 terveystuloja ja sosiaaliturvan menoja arviolta runsaat 210 miljoonaa euroa. Tästä runsaat 140 miljoonaa euroa oli sairaalahoidosta ja lääkähoidosta johtuvia terveystuloja ja vajaat 70 miljoonaa sairauspäiväraha- ja työkyvyttömyyseläkkeistä aiheutuneita sosiaaliturvan menoja (kuvio).

Aivohalvaus, nivelrikko ja tyypin 2 diabetes muodostivat yli puolet lihavuudesta aiheutuneista kokonaismenoista. Lihavuuden osuus tarkastelun kohteena olleista terveydenhuollon kokonaismenoista on noin 2,2 prosenttia ja sosiaaliturvan menoista noin 1,8 prosenttia. ■



Tulokset perustuvat laskelmiin, joissa otettiin huomioon tarkasteltavina olleiden sairauksien eliniänkaikaiset hoitokustannukset, elossaolodennäköisyydet kussakin mahdollisessa sairastumisiässä tupakointitastuksesta riippumatta sekä tupakoimattomien ja tupakoivien/tupakoinnin lopettaneiden suhteelliset sairastumisriskit kuhunkin sairauteen kussakin iässä. Sairauksien hoitokustannukset arvioitiin hoitoprosessikuvauksen perusteella sairastumishetkestä potilaan kuolemaan.

Tutkimuksesta ilmestyy julkaisu Kirsi Vitikainen, Markku Pekurinen, Urpo Kiiskinen: Kannattaako tupakoinnin lopettaminen? Tupakoinnista aiheutuvien hoitokustannusten ja tupakoinnin lopettamisesta syntyvien säästöjen arviointia.

Kirsi Vitikainen, tutkija, CHES



Lähde: Markku Pekurinen, Lihavuus, terveysmenot ja sosiaaliturva Suomessa 2004. Esitelmä Suomalainen Lääkäriseura Duodecim ja Suomen Akatemian konsensuskokouksessa 2005: "Lihavuus – painavaa asiaa painosta", 24.–26.10.2005 Hanasaaren kulttuurikeskus, Espoo

Väitös: Vanhusten laitoshoidon tuottavuutta ja hoidon laatua on arvioitava samanaikaisesti

Korkean tuottavuuden osastoilla hoitokäytäntöjä ja -tuloksia voidaan luonnehtia jossakin määrin passivoiviksi ja ei-kuntouttaviksi. Näillä osastoilla esiintyy tavanomaista enemmän makuuhaavoja, vuoteeseen hoidettavia potilaita, liikkumista estävien välineiden käyttöä ja vähäistä aktiviteetteihin osallistumista.

Tarkastelin väitöskirjatutkimuksessani vanhusten pitkäaikaisen laitoshoidon tuotannollisen tehokkuuden ja hoidon laadun välistä yhteyttä. Tuotannollisella tehokkuudella tarkoitetaan yksikön tuottavuutta (eli tuotos-panos-suhdetta) suhteessa parhaimpaan mahdolliseen tuottavuuteen. Tutkimuksessa arvioitiin myös, mitkä osasto- ja yksilötason tekijät selittävät pitkäaikaishoidossa olevan asiakkaan saamaa hoitoaika. Tutkimus toteutettiin osana RAI-hanketta, joka mahdollistaa hoidon laadun ja asiakasrakenteen huomioon ottamisen tuottavuuden mittaamisessa.

Vanhusten pitkäaikaisen laitoshoidon tuottavuus on laskenut vuodesta 2000 vuoteen 2003 noin seitsemän prosenttia. Osastoilla on mahdollista parantaa tuotannollista tehokkuutta noin 20 prosenttia, jos vertailukohteina ovat tehokkaimmat osastot. Tuotannollisen tehokkuuden ja hoidon laadun välillä oli jonkin verran yhteyttä. Osaston korkeaan tuotannolliseen tehokkuuteen vaikuttivat pääasiassa sellaiset laatuindikaattorit, jotka kuvaavat passivoivaa ja ei-kuntouttavaa hoitotyötä tai tällaisen hoitotyön ja -käytännön tuloksia. Laadun yhteys tuotannolliseen tehokkuuteen ei kuitenkaan ole erityisen voimakas. Vanhusten laitoshoidossa on siten mahdollista tuottaa laadukasta hoitoa myös taloudellisesti.

Vuonna 2002 keskimääräinen hoitoaika asiakasta kohden oli 110 minuuttia vuorokaudessa. Hoitoaika on kasvanut noin 20 prosenttia vuodesta 1995 vuoteen 2002. Samalla myös asiakaskohtaisen työn osuus henkilöstön kokonaistyöajasta on noussut 40 prosentista 49 prosenttiin. Kehitys on ollut tällainen osin siksi, että laitoshoidossa olevat vanhukset

ovat nykyisin aiempaa huonokuntoisempia. Edelleen puolet työajasta kuluu kuitenkin tehtäviin, jotka eivät kohdennu yksittäiseen asiakkaaseen. Osaston koolla tai muilla organisatorisilla ja toimintaympäristöön liittyvillä tekijöillä ei ole juurikaan yhteyttä asiakkaiden saamaan hoitoaikaan.

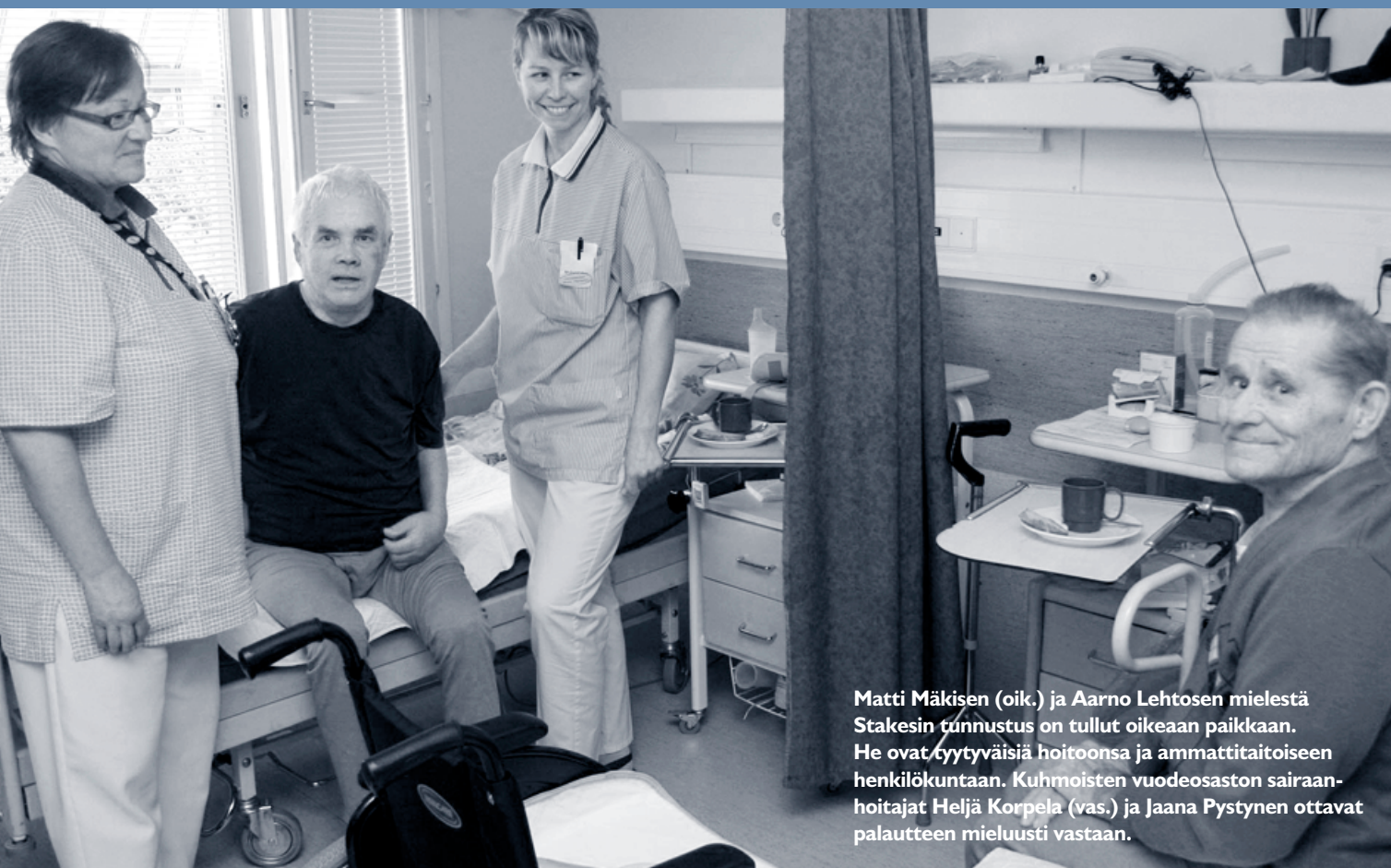
Ikääntyneiden laitoshoidon ongelmat eivät ratkea vain lisäämällä henkilöstön määrää, parantamalla tuottavuutta tai vain kritisoimalla hoidon laatua. Tuottavuuden kohentaminen ja henkilöstömitoituksen parantaminen ovat jossakin määrin ristiriitaisia tavoitteita. Henkilöstömäärän lisäys alentaa tuottavuutta, jos muut tekijät pysyvät muuttumattomina. Yksiköiden välisiä tehokkuuseroja voidaan supistaa esimerkiksi henkilöstön tarkemmalla sijoittelulla suhteessa asiakkaan hoidon tarpeeseen. Laitoshoidossa kannustin- ja palkitsemisjärjestelmät tulee rakentaa sellaisiksi, että ne perustuvat taloudellisen suoriutumisen lisäksi ennen kaikkea hoidon laatuun. ■

Lähde: Laatu ja tuotannollista tehokkuutta? Taloustieteellinen tutkimus vanhusten laitoshoidosta. Juha Laine, Stakes, Tutkimuksia 151. Helsinki 2005. Lisätietoja: erikoistutkija Juha Laine (09) 3967 2303, juha.laine@stakes.fi; <http://www.stakes.fi/finrai>, <http://www.stakes.fi/ches>



Juha Laine, erikoistutkija, CHES

kuva: Marianna Savolainen



Matti Mäkinen (oik.) ja Aarno Lehtosen mielestä Stakesin tunnustus on tullut oikeaan paikkaan. He ovat tyytyväisiä hoitoonsa ja ammattitaitoiseen henkilökuntaan. Kuhmoisten vuodeosaston sairaanhoitajat Heljä Korpela (vas.) ja Jaana Pystynen ottavat palautteen mieluusti vastaan.

kuva: Keskisuomalainen/Hannu Karjalainen

Kuhmoisten vuodeosastolle kunniakirja hyvistä hoitokäytännöistä

Kuhmoisten terveysaseman vuodeosasto on palkittu parhaista hoitokäytännöistä Stakesin RAI-hankkeen 270 osaston vertailussa, jossa arvioitiin hoidon laatua, asiakasrakennetta, henkilöstömitoitusta ja tuottavuutta. Palkitsemisen tavoitteena on nostaa esille hyviä pitkäaikaishoidon hoitokäytäntöjä, joita vertailukehittämisellä tavoitellaan.

Anja Noro, erikoistutkija,
CHESS, RAI-hankkeen
projektipäällikkö

Palkitsemista varten RAI-hankkeessa arvioitiin 270 osaston toimintaa syksyn 2004 tietojen perusteella. Tärkeimpänä painotettiin hoidon laatua, etenkin kuntoutumista edistävän hoitotyön näkökulmasta. Hoidon laatua tarkasteltiin 22 eri laatuindikaattorin avulla. Arvioinnin perusteina oli kuinka monella indikaattorilla osasto sijoittui osastojen parhaaseen viidennekseen, huonoimpaan viidennekseen ja kuinka usein osasto oli muiden samankaltaisten osastojen keskiarvoa parempi. Lisäksi arvioitiin kuinka pysyviä osaston tulokset olivat hankkeeseen osallistumisaikana. Osastojen tietojen luotettavuutta arvioitiin vertailemalla kuinka kattavasti käytössä olevat tiedot kuvasivat osastojen toimintaa.

Kun sijoitus hoidon laadun perusteella oli varmistettu, tarkasteltiin vielä osaston asiakasrakennetta, henkilöstömitoitusta ja tuottavuutta. Voittajaksi oli ehdolla kuusi osastoa, joista lopullinen valinta tehtiin. Kunniakirja toiminnasta luovutettiin RAI-hankkeen seminaarissa 28.9.2005 Helsingissä yhdelle Jämsän seudun terveydenhuollon kuntayhtymän Kuhmoisten terveysaseman osastolle. Sanomalehti Keskisuomalainen uutisoi voittajaosastosta näyttävästi 30.9.2005. Jutun mukaan palkitut itsekin koivat tekevänsä hyvää työtä. ■

RAI-hanke on ollut käynnissä vuodesta 2000 alkaen. Hankkeeseen osallistuu yksityisiä ja julkisia palvelutaloja ja vanhainkoteja sekä terveyskeskusten vuodeosastoja. Suomen pitkäaikaishoidon asiakkaista noin 20 prosenttia on hankkeen piirissä. Tietolähteenä vertailukehittämis-hankkeessa käytetään RAI (Resident Assessment Instrument) arviointitietoja asiakkaista sekä osastoilta koottuja henkilöstö-, toiminta ja taoustietoja. Lisätietoja osoitteesta www.stakes.fi/finrai.

Lonkkamurtuman hoitoketjun arviointi kehittyy

Väestön ikääntyessä lonkkamurtumat ovat merkittävimpiä terveydenhuollon haasteita. Vuonna 2003 lonkkamurtuman takia sairaalahoidossa oli noin 7 700 henkilöä ja uusia lonkkamurtumia oli noin 6 100. Lonkkamurtuman jälkeisen vuoden aikana yksittäisen potilaan hoidon kustannukset ovat noin 14 000 euroa (mediaani), josta itse murtumasta aiheutuvien kustannusten osuus on puolet.

Lonkkamurtumien ehkäisemiseksi ja hoidon tehostamiseksi tarvitaan luotettavia tietoja murtumien määrästä ja hoitokäytännöistä alueittain. Systemaattinen vertailutieto luo osaltaan tietopohjan hoidon kehittämiseksi, hyvien toimintamallien löytämiseksi ja tarjoaa mahdollisuuden optimoida lonkkamurtumapotilaiden kokonaishoitoa.

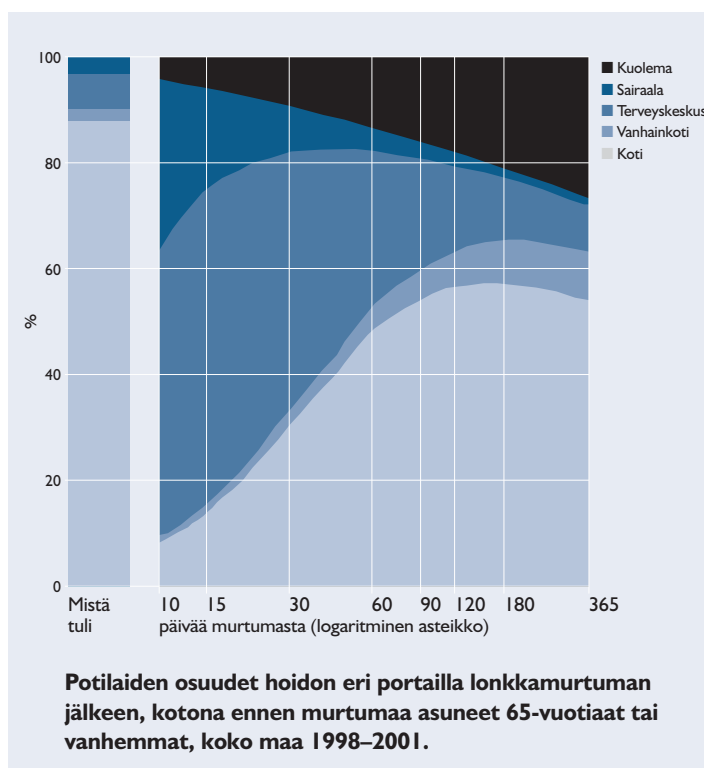
Rekisterit lähteenä

PERFECT Lonkkamurtuma-hanke on jatkoa aikaisemmalta projektilla, jossa on menetelmä-

lähtöisesti tutkittu rekisteritietojen hyödyntämistä lonkkamurtuman hoidon vaikuttavuuden arvioinnissa. Hoitoketjut muodostetaan rekistereistä luotettavasti löytyvien palvelujen käyttö-tietojen ja kuolemien perusteella. Nämä kuvastavat välillisesti muutoksia myös potilaiden terveydentilassa.

Rekistereihin perustuvia hoitoketjukuvauksia käyttäen tuotetaan tietoa lonkkamurtuman ilmaantuvuudesta ja akuuttihoitoketjuna kattaen toimenpiteet, odotusajan, leikkauksen sekä sairaalahoidon keston. Vaikuttavuutta arvioidaan kuolleisuuden, murtumaa edeltävälle hoidon portaalille palaamisen, pitkäaikaishoitoon siirtymisen sekä uusintakäyntien perusteella (kuvio). Hoitoketjun yksityiskohtia analysoimalla voidaan laskea koko hoitoketjun kustannukset ja pystytään jopa esittämään arvioita lonkkamurtumapotilaiden elämänlaadusta väestötasolla. Rekisteriaineistoista näyttäisi olevan, niiden rajoitteista huolimatta, mahdollista tuottaa yllättävänkin monipuolista ja käytännön kannalta hyödyllistä vaikuttavuustietoa. ■

PERFECT Lonkkamurtuma -hankkeen tavoitteena on yhdistää potilaiden hoitoketjun ja kustannusten seuranta osaksi rekisteripohjaista arviointijärjestelmää, joka tuottaa säännöllisin väliajoin systemaattista vertailutietoa alueellisista hoitokäytännöistä. Lonkkamurtumapotilaiden koko hoitoketjun vaikuttavuuden arviointi antaa samalla kuvan ikääntyneiden palvelujärjestelmän toimivuudesta yleensä.



Reijo Sund, tilastotieteilijä, Vaikuttavuuden ja oikeudenmukaisuuden tutkimusryhmä, Stakes

Lonkkamurtuma-hanke

on osa yliopistosairaanhoitopiirien, CHESsin ja Kelan PERFECT-hanketta, jossa arvioidaan hoidon kustannusvaikuttavuutta ja etsitään parhaita hoidon järjestämistapoja seitsemässä osahankkeessa. Hankkeita ovat aivohalvaus, keskukset, rintasyöpä, skitsofrenia, sydäninfarkti, tekonivelkirurgia ja lonkkamurtumat.

Mäntän sairaalalle palkinto hyvästä tuottavuudesta

Stakesin ennakkotietojen mukaan Mäntän sairaala oli vuonna 2004 Suomen aluesairaaloista tuottavin. Tästä hyvästä Pirkanmaan sairaanhoitopiiri palkitsi kaikki Mäntän terveydenhuoltoalueen työntekijät. Tuottavuuden paraneminen johtuu monista toiminnan rationalisointi- ja kehittämistoimista, joita terveydenhuoltoalueella on tehty neljän viimeisen vuoden aikana.

Mäntän seudulla käynnistettiin vuoden 2002 alusta Suomessa täysin uudenlainen terveydenhuollon palvelujen järjestämismalli, terveydenhuoltoalue, jossa Pirkanmaan sairaanhoitopiiri vastaa kaikkien terveyspalvelujen järjestämisestä alueen asukkaille. Terveydenhuoltoalueen toiminnallisena tavoitteena oli muodostaa perusterveydenhuollosta ja erikoissairaanhoidosta kokonaisuus, jossa päällekkäisyydet on poistettu. Tavoitteena oli uuden toimintamallin avulla parantaa terveydenhuollon tehokkuutta ja toimivuutta sekä alentaa kustannuksia merkittävästi.

Mäntän seudun terveydenhuoltoalue luotiin vuonna 2001 tilanteessa, jossa alueen terveysmenot olivat Pirkanmaan korkeimmat ja

Kuorevesi oli irtautumassa Mäntän, Vilppulan ja Kuoreveden yhteisestä perusterveydenhuollon kuntayhtymästä. Myös Mäntän aluesairaalan toiminta oli vaikeuksissa erityisesti lääkärin ja korkeiden tuotantokustannusten vuoksi.

Mäntän ja Vilppulan kustannukset laskussa

Terveydenhuoltoalueen perustamiseen liittyi päätös sen toimivuuden arvioinnista kolmen ensimmäisen toimintavuoden jälkeen. Selvityksen perusteella Mäntän ja Vilppulan kunnat ovat taloudellisesti hyötäneet terveydenhuoltoalueen perustamisesta. Niiden menot ovat kääntyneet laskuun, vaikka muualla maassa ja myös Pirkanmaalla menot ovat nousseet.

Terveydenhuollon tarvevakioidut menot asukasta kohti ovat vuosien 2001–2003 aikana laskeneet Mäntässä viisi ja Vilppulassa yhden prosentin. Samanaikaisesti terveydenhuollon reaali-menot ovat kasvaneet Pirkanmaalla seitsemän prosenttia. Myös koko maassa menot kasvoivat tuona ajanjaksona seitsemän prosenttia.

Stakesin tutkimuksen mukaan Mäntän ja Vilppulan terveydenhuoltomenot suhteessa väestön tarpeisiin ovat kohtuullisella tasolla ja

terveydenhuoltoalueen perustamisen yhteydessä tavoitteeksi asetetulla tasolla. Menot ovat kuitenkin vielä kuntien talouden kannalta korkeat.

Mäntäläiset ja vilppulalaiset käyttävät edelleen hyvin runsaasti terveyspalveluja, mutta silti he haluavat palveluita nykyistä enemmän.

Saumaton kokonaisuus vaatii vielä ponnisteluja

Mäntän seudun terveydenhuoltoalue on edennyt nopeasti asetettuja tavoitteita kohti. Rakenteelliset järjestelyt päällekkäisyyksien poistamiseksi ovat suurelta osin valmiit, ja palvelujen sisältöä ollaan nyt kehittämässä. Toiminnalliset muutokset ja sairaansijojen määrää koskevat muutokset on tehty, mutta henkilöstömäärää ei ole sopeutettu toiminnan tasolle. Palvelujen taloudellinen järjestäminen edellyttää kuitenkin henkilöstömäärän kriittistä tarkastelua.

Tutkimuksen perusteella olisi perusteltua harkita vanhustenhuollon ottamista osaksi terveydenhuoltoalueen toimintaa. Näin siksi, että terveydenhuoltoa ja vanhustenhuoltoa on vaikea suunnitella ja mitoittaa erikseen, koska suurin osa terveydenhuollon palveluista kohdistuu ikäihmisiin. Tähän suuntaan ollaan terveydenhuoltoalueella jo edetty.

Kolme vuotta on lyhyt aika toteuttaa näin merkittävä muutos. Väestö on joutunut totuttelemaan palvelujen uuteen järjestämistapaan, ja henkilöstö on saanut sopeutua hyvin moniin työtään koskeviin muutoksiin.

Terveydenhuoltoalue on kokonaan uusi tapa järjestää palveluja. Mäntän seudulla perusterveydenhuolto ja paikallinen erikoissairaanhoido muodostavat saumattoman kokonaisuuden, joka toimii osana Pirkanmaan sairaanhoitopiiriä. Nyt on luotu toimivat rakenteet tarjota terveydenhuollon palveluja Ylä-Pirkanmaan kunnille laajemminkin. ■

Maijaliisa Junnila,
vs. johtaja,
Alue- ja
kuntapalvelut,
Stakes



Kuva: Timo Hujanen

CHESsin uusimpia julkaisuja

Finne-Soveri H, Noro A. Painehaavojen ehkäiseminen ympärivuorokautisessa hoidossa Suomessa – huima haaste henkilökunnalle. Teoksessa Haavahoidon vuosikymmen. Suomen haavahoitoyhdistys ry julkaisusarja nro 2. Nykypaino Oy, Helsinki 2005, 215–221.

Hujanen T. 2005. Haavanhoito tarvitsee tuekseen taloudellista arviointia. Teoksessa Haavahoidon vuosikymmen. Suomen haavahoitoyhdistys ry julkaisusarja nro 2. Nykypaino Oy, Helsinki 2005, 201–205.

Häkkinen U. The impact of changes in Finland's health care system. Health Economics 2005, 14(S1), 101–118.

Klavus J, Linna M. Kansainväliset terveydenhuoltomenot – vertaillaanko määriä vai hintoja. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2/2005, 145–152.

Klavus J, Pekurinen M, Järvelin J, Mikkola H. Sairausvakuutus terveydenhuollon rahoitusmuotona. Kansantaloudellinen aikakauskirja 3/2005, 314–327.

Laine J. Laatu ja tuotannollista tehokkuutta? Taloustieteellinen tutkimus vanhusten laitoshoidosta. Stakes, Tutkimuksia 151. Helsinki 2005.

Laine J. Laatu vai tuottavuutta vanhusten laitoshoidon? Sosiaaliturva 2005, 15, 6–8.

Laine J. Vanhusten laitoshoidon laatu ja tuotannollinen tehokkuus. Yhteiskuntapolitiikka 2005, 4, 456–459.

Laine J. Vanhusten laitoshoidon tuottavuutta parannettaessa myös laatua seurattava. Sairaalehti 2005, 7, 38–39.

Laine J, Noro A, Finne-Soveri H, Häkkinen U. Patient – and ward-level determinants of nursing time in nursing facilities. Journal of Health Service Research & Policy 2005, 10(4), 226–231.

Nguyen L, Häkkinen U. Income-related inequality in the use of dental services in Finland. Applied Health Economics and Health Policy 2005, 3(4), 251–262.

Nguyen L, Häkkinen U, Rosenqvist G. Determinants of Dental Service Utilization among Adults – The Case of Finland. Health Care Management Science 2005, 8, 335–345.

Pekurinen M. Ihastunut Maijaan. Dialogi 2005, 4, 17.

Pekurinen M. Pientä ja värikästä. Dialogi 2005, 6, 19.

Pekurinen M. The impact and achievements of the health sector development programme in Mongolia. Kirjassa Aaltonen U, Mannila S (toim.). What Are We Doing There? Experiences and lessons learned from development cooperation in health care and social welfare. Stakes. Gummerus Kirjapaino, Saarijärvi 2005, 156–168.

Snellman E, Pekurinen M. Erityisen kalliit ja vaativat hoidot. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005:18. Sosiaali- ja terveysministeriö 2005.

Sund R, Liski A. Quality effects of operative delay on mortality in hip fracture treatment. Quality & Safety in Health Care 2005, 14, 371–377.

Noro A, Finne-Soveri H, Björkgren M, Vähäkangas P. (toim.)

Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus – RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä.

Stakes. Gummerus Kirjapaino Oy, Saarijärvi 2005.

Raportti sisältää useita ajankohtaisia artikkeleita ikääntyneiden laitoshoidosta, muun muassa:

- Finne-Soveri H, Björkgren M, Noro A, Vähäkangas P. RAI-järjestelmä ja vertailukehittämisohjelma. RAI-järjestelmän esittely, 22–26.
- Finne-Soveri H. Hoidon laatu pitkäaikaisessa laitoshoidossa, 64–116.
- Finne-Soveri H. Kustaankartan haavatyöryhmä. Painehaavojen vähentäminen, 175–180.
- Itkonen T, Finne-Soveri H, Noro A. Ravitsemuksen seuranta pitkäaikaisessa laitoshoidossa, 180–190.
- Laine J. Henkilöstö ja työvoiman käyttö pitkäaikaisessa hoidossa, 117–126.
- Laine J. Pitkäaikaisoidon tuottavuus ja taloudellinen arviointi, 127–135.
- Noro A. Asiakasrakenteen pitkäaikaisessa laitoshoidossa, 47–62.
- Noro A. Vertailukehittämisohjelma, 27–34.
- Vähäkangas P, Lindman K, Uusitalo K. Laitoshoidossa olevan asiakkaan hoidon suunnittelu, 148–156.

Lukuvinkkejä!

Vuonna 2005 on ilmestynyt kaksi merkittävää kansainvälisen aikakauslehden teemanumeroa, jotka sisältävät uutta tietoa terveydenhuollon uudistuksista. Julkaisuihin on artikkelit myös Suomen terveydenhuollosta.

Keväällä 2005 ilmestyneessä *Journal of Health Politics, Policy and Law* -aikakauskirjan (2005 vol 30, 1–2) teemanumeron artikkeleissa selitetään terveydenhuollon uudistuksia ja muutoksia poliittisina, institutionaalisina rakenteisiin kytkeytyvinä ilmiöinä. Unto Häkkisen ja Juhani Lehdon artikkeli on ”Reform, Change and Continuity in Finnish Health Care”.

Syksyllä 2005 ilmestyneessä *Health Economics*-aikakauskirjan (2005 vol 14, S1) teemanumerossa arvioidaan EU-maiden terveydenhuollon uudistusten vaikutuksia. Aikakauskirjassa on Unto Häkkisen artikkeli ”The impacts of changes in Finland's health care system”.

Tulossa

Ruotsin terveystaloustieteellinen tutkimus kansainvälisen arvioinnin kohteena

Ruotsin työelämän- ja sosiaalitutkimuksen neuvosto (Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap) on nimittänyt kansainvälisen asiantuntijaryhmän arvioimaan Ruotsissa tehtävää terveystaloustieteellistä tutkimusta. Suomesta asiantuntijaryhmään kuuluu tutkimusprofessori Unto Häkkinen. Arviointi valmistuu keväällä 2006.

Suomen terveydenhuolto OECD:n arvioimana

Sosiaali- ja terveysministeriö pyysi noin vuosi sitten OECD:n arvioimaan Suomen terveydenhuoltoa. Arviointi on valmistumassa ja se julkaistaan viikolla 49.

Uusia kirjoja

Juha Laine

Laatu ja tuotannollista tehokkuutta? Taloustieteellinen tutkimus vanhusten laitoshoidosta

ISBN 951-33-1777-3, tilausnro T151
2005, 146 s., 28 €

Anja Noro, Harriet Finne-Soveri, Magnus Björkgren, Pia Vähäkangas (toim.)

Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus – RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä

ISBN 951-33-1772-2, tilausnro M205
2005, 214 s., 27 €

Julkaisumyynti

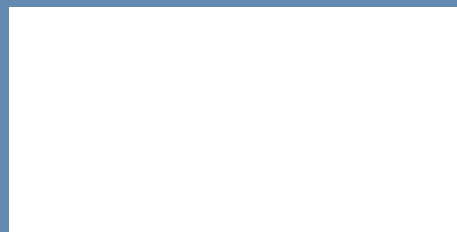
Stakes/julkaisut

puhelin: (09) 3967 2190, (09) 3967 2308

faksi: (09) 3967 2450

internet: www.stakes.fi





CHESSIN YHTEYSTIEDOT

Henkilökohtaiset sähköpostiosoitteet: etunimi.sukunimi@stakes.fi

Ryhmäpäällikkö **Markku Pekurinen**, dos., DPhil
tutkimusprofessori, (09) 3967 2630; 050 367 0841

Ryhmän sihteeri **Eija Utriainen**, KM, erh
suunnittelija, (09) 3967 2629; 050 339 9502

Harriet Finne-Soveri, LT, geriatrian erikoislääkäri
erikoistutkija, (09) 3967 2299

Timo Hujanen, TtM (terveystaloustiede), esh
tutkija, (09) 3967 2656

Unto Häkkinen, dos., FT, MSc (Health Economics)
tutkimusprofessori, (09) 3967 2327; 050 358 1141

Tarja Itkonen, TtM (hoitotiede)
palvelupäällikkö, (09) 3967 2249

Maijaliisa Junnila, TtM
vs. johtaja, (09) 3967 2631; 050 367 0842

Iiris Juvonen, VM, datanomi
atk-suunnittelija, (09) 3967 2305

Jutta Järvelin, LL, MSc (Health Economics)
tutkija, (09) 3967 2254

Tuomo Karhunen, tradenomi
taloussihteeri, (09) 3967 2289

Satu Kerppilä, VTK, datanomi
atk-suunnittelija, (09) 3967 2262

Jan Klavus, dos., VTT (kansantaloustiede)
tutkimuspäällikkö, puh (09) 3967 2634; 050 468 6918

Juha Laine, FT (terveystaloustiede)
erikoistutkija, (09) 3967 2303

Kaija Lindman, esh
projektisuunnittelija, (09) 3967 2310

Miika Linna, dos., TkT
kehittämispäällikkö, (09) 3967 2295; 050 325 9678

Antti Liski, FM
atk-suunnittelija, (09) 3967 2267

Hennamari Mikkola, KTT (kansantaloustiede)
erikoistutkija, (09) 3967 2267; 050 468 6911

Päivi Muranen, sosionomi
projektisihteeri, (09) 3967 2435

Lien Nguyen, VTM (kansantaloustiede)
tutkija, (09) 3967 2466

Anja Noro, THT
erikoistutkija, (09) 3967 2253; 040 545 2276

Mikko Peltola, VTM (kansantaloustiede)
atk-suunnittelija/tutkija, (09) 3967 2458

Gunnar Rosenqvist, tilastotieteen professori
tilastotieteen asiantuntija, (09) 3967 2280

Mirja Savo, FM
atk-suunnittelija, (09) 3967 2607

Marianna Savolainen, HSO
projektisihteeri, (09) 3967 2435, vv. -17.12.2005

15. Terveystaloustieteen päivä

erveys alous

ieteen

Seura

*Terveystaloustieteen Seura ry järjestää
Helsingissä perjantaina 3. helmikuuta 2006
Terveystaloustieteen päivän, jonka aiheena on*

Suomen terveydenhuolto kansainvälisessä vertailussa

Pääteemaa koskevien esitysten lisäksi
seminaarissa esitellään uusinta suomalaista
terveystaloustieteellistä tutkimusta. Tilaisuus
on tarkoitettu kaikille terveystaloustieteestä
kiinnostuneille. Päivän yhteydessä jaetaan
tunnustuspalkinto parhaalle koti- tai ulkomai-
sessa tieteellisessä aikauslehdessä 2004–2005
julkaistulle suomalaiselle artikkelille.

Ilmoittautumisohjeet saatavissa joulukuussa
Terveystaloustieteen Seuran nettisivuilta
www.ttts.net.

CHESS ONLINE

ISSN 1459-2339

CHESS ONLINE-lehtien verkkoversiot:

www.stakes.fi/chess/chessonline.htm

Julkaisija

Sosiaali- ja terveystaloustieteen
tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakes
Terveystaloustieteen keskus CHESS

Lintulahdenkuja 4, PL 220, 00531 Helsinki

puh. (09) 396 71

www.stakes.fi/chess

Päätoimittaja

Timo Hujanen, CHESS

Taitto ja layout

Workshop Päiviä Oy / Heikki Päiviä

Paino

Reprootalo Lauttasaari Oy

Painos 2 000 kpl